FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 · 2e Série · N° 94

Deux Epidémies de Typhus exanthématique

dans les Camps de Prisonniers d'Allemagne

LANGENSALZA, CASSEL

1915

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 26 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DAUTREY (Marie-Joseph-Pierre)

Né le 11 Décembre 1887, à Bazancourt (Marne)

Examinateurs de la Thèse :	MM. MACÉ	professeur. .	*Président.*
	SIMON	professeur. .	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	
	FAIRISE	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1918-1919 2e Série **N° 94**

Deux Epidémies de Typhus exanthématique

dans les Camps de Prisonniers d'Allemagne

LANGENSALZA, CASSEL

1915

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 26 Juillet 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

DAUTREY (Marie-Joseph-Pierre)

Né le 11 Décembre 1887, à Bazancourt (Marne)

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Examinateurs de la Thèse :

MM.	MACÉ	professeur. .	*Président.*
	SIMON	professeur. .	*Juges.*
	FRUHINSHOLZ	agrégé	
	FAIRISE	agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER

4, QUAI CHOISEUL, 4

1919

UNIVERSITE DE NANCY. FACULTE DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, ✻, I ⊕.
Assesseur : M. WEISS, O ✻, I ⊕.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✻, I ⊕.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ⊕ ; NICOLAS, I ⊕ ; PRENANT, ✻, I ⊕, F. GROSS, O ✻, I ⊕ ; CHRÉTIEN, I ⊕.

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale	WEISS, O ✻, I ⊕.
Chimie médicale et toxicologie	GARNIER, I ⊕.
Clinique obstétricale et Accouchements	A. HERRGOTT, ✻, I ⊕.
Hygiène	MACÉ, I ⊕.
Physiologie	E. MEYER, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	SIMON, I ⊕.
Histoire naturelle médicale	VUILLEMIN, I ⊕.
Clinique ophtalmologique	ROHMER, I ⊕.
Medecine légale	P. PARISOT, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies des enfants	HAUSHALTER, ✻, I ⊕.
Histologie	BOUIN, ✻, I ⊕.
Anatomie descriptive	ANCEL, I ⊕.
Anatomie pathologique	HOCHE, ✻, I ⊕.
Clinique médicale	ETIENNE, I ⊕.
Clinique chirurgicale	VAUTRIN, ✻, I ⊕.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	L. SPILLMANN, ✻, I ⊕
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FRŒLICH, ✻, I ⊕.
Physique médicale	N.

Chargés de Cours complémentaires : MM.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	JACQUES, ✻, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	ANDRÉ, ✻, I ⊕, id.
Médecine opératoire	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	MICHEL, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	PARIS, I ⊕.
Clinique des maladies des vieillards	RICHON, ✻, I ⊕, agrégé.
Accouchements	FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕, agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	PERRIN, A ⊕, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)	J. PARISOT, ✻, A ⊕, agrégé.
Pathologie externe	G. GROSS, ✻, I ⊕, agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale	N.
Clinique médicale élémentaire (1)	N.
Clinique d'électrothérapie	N.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
LAMBERT, I ⊕.	COLLIN, A ⊕.	BINET, A ⊕.
RICHON, ✻, I ⊕.	SENCERT, ✻, I ⊕.	PERRIN, A ⊕.
G. GROSS, ✻, I ⊕.	ROBERT, I ⊕	THIRY, ✻, I ⊕.
FRUHINSHOLZ, ✻, I ⊕.	BUSQUET, A ⊕.	FAIRISE.
	LUCIEN, ✻, A ⊕.	J. PARISOT, ✻, A ⊕.

Agrégés libres

MM. REMY, A ⊕, FÉVRIER, G O ✻, I ⊕, JACQUES, ✻, I ⊕, ANDRÉ, ✻, I ⊕, MICHEL, I ⊕.

M. LAMBERT DES CILLEULS, ✻, ⚓, I ⊕, Secrétaire honoraire.
M. H. COIFFARD, I ⊕, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver

A MES PARENTS

Mince gage de mon amour filial

AU CHEF DE BATAILLON WAGNER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage d'inaltérable reconnaissance

AUX ANCIENS DU 56e Bon DE CHASSEURS A PIED

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MACÉ

PROFESSEUR D'HYGIÈNE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

DIRECTEUR DE L'INSTITUT SÉROTHÉRAPIQUE DE L'EST

A MES JUGES

INTRODUCTION

Fait prisonnier en octobre 1914, je suis resté dix mois aux mains de l'ennemi.

Après un séjour d'un mois dans les lignes allemandes, après une détention inique de trois mois dans la citadelle de Mayence où, au mépris de la convention de Genève, je fus traité comme un combattant prisonnier de guerre, il m'a été donné, ainsi qu'à un certain nombre de confrères, d'assister successivement à deux épidémies de typhus exanthématique, qui ravagèrent les camps de concentration de Langensalza et de Cassel, et d'y remplacer les médecins allemands qui abandonnèrent leur poste, dès que le typhus apparut parmi les prisonniers que l'on avait confiés à leurs soins.

Il m'a paru intéressant de rassembler dans ce modeste travail les observations de mes camarades et mes observations personnelles.

Je m'excuse de faire paraître ces pages si tardivement, mais les circonstances de guerre ne m'ont pas permis de le faire plus tôt.

Suivant l'ordre chronologique des faits, j'étudierai d'abord l'épidémie de Langensalza, puis celle de Cassel; j'essaierai de décrire la vie des prisonniers et leurs misères, la naissance du fléau, sa marche, les mesures prises pour l'enrayer, notre tâche souvent impuissante.

Je terminerai par une étude du typhus exanthématique tel que nous l'avons observé. Loin de moi la prétention de vouloir tracer le cadre nosologique de l'affection ! Je veux simplement décrire le résultat de nos constatations cliniques dans les épidémies dont nous avons été témoins, en me servant en particulier de mon auto-observation, ayant eu moi-même le typhus sous la forme la plus fréquente dans ces épidémies.

Je tâcherai d'écrire sans parti pris, je ne dis pas sans rancune : mais j'affirme la véracité de tous les faits relatés.

On me pardonnera l'imprécision de certains renseignements, mais il me faut écrire avec mes seuls souvenirs, car le carnet, dans lequel j'avais consigné mes observations médicales pendant l'épidémie et son développement, m'a été enlevé par l'autorité allemande à mon retour en France.

Dans les conditions particulières où nous nous trouvâmes, aucun examen de laboratoire, aucune autopsie, aucune recherche anatomo-pathologique ne nous fut possible. Inutile donc de chercher à cet ouvrage quelque valeur scientifique ; il n'a qu'un caractère anecdotique ; autrement dit, il n'a que le mérite d'avoir été vécu.

LANGENSALZA

Le camp, situé à deux kilomètres de la petite ville de Langensalza (Thuringe), dominé par le petit village de Merk, est placé au fond d'une cuvette où se collectent les eaux de pluie.

Au fond sont des alignements de tentes, seuls abris du début ; c'est là, par les neiges d'hiver, jusqu'à la mi-janvier, que les prisonniers vécurent tout d'abord. L'entassement était inimaginable : la tente contenait dans sa largeur quatre rangées de paillasses, contenant de la paille ou des copeaux, et arrangées de telle façon qu'elles se touchaient sur le côté et ne laissaient à leur extrémité qu'un passage extrêmement étroit entre elles. C'est là que des hommes de toutes nationalités étaient entassés les uns sur les autres. Sous ces tentes, n'ayant ni tables ni escabeaux, les prisonniers vivaient, dormaient et se nourrissaient. Ils s'asseyaient sur leurs sacs de copeaux pour manger leur repas ; ils devaient s'enjamber les uns les autres pour entrer ou pour sortir ; c'est là encore qu'ils gisaient lorsqu'ils étaient malades et plus tard qu'ils moururent dans de nom-

breux cas, aux côtés mêmes de leurs compagnons. La puanteur de l'atmosphère était épouvantable pendant le jour, et encore plus pendant la nuit, et la seule alternative qu'il y eût était de sortir au dehors à la recherche d'un air pur, malgré la légèreté des vêtements.

Dans la suite s'est élevée la ville nouvelle, grands baraquements en planches, de trente mètres de long sur dix de large, pouvant contenir chacun mille hommes ; l'intérieur, divisé en quatre pièces, comprend des bas-flancs à deux étages.

Entre les baraques, un espace de dix mètres environ; cette étroite bande de terrain, en hiver une mer de boue et de neige, est la seule cour de récréation pour les prisonniers.

Le camp, lorsque l'épidémie se déclara, contenait environ 10.000 prisonniers, à savoir : 4.000 Russes, 5.000 Français, 800 Belges et 200 Anglais.

Tandis que les notions les plus élémentaires d'hygiène générale commandaient de créer des camps spécialement affectés aux prisonniers venant du front de l'Est, afin d'éviter une contamination possible et toujours à craindre pour ceux du front de l'Ouest, les autorités allemandes ont pratiqué systématiquement un mélange intime des prisonniers. Non point seulement baraque ou chambrée de Russes accolées à baraque ou chambrée française : cela n'aurait pas été sans doute suffisant. Ils firent mieux : alternativement ils placèrent côte à côte un prisonnier russe, un prisonnier français !... C'est là un ordre caractéristique des pires camps allemands.

En outre, les prisonniers n'étaient pas seulement entassés les uns sur les autres, mais ils étaient nourris d'une façon insuffisante. Les paquets n'avaient pas encore commencé à leur arriver de leur patrie, et ils devaient subsister de leur mieux sur la nourriture que leur donnait l'administration du camp. Or, elle était mauvaise et insuffisante. On a constaté à ce moment plusieurs cas d'inanition, caractérisés par une température de 35°5 à 35°9, un ralentissement du pouls qui oscillait entre 40 et 50 pulsations, un état squelettique effrayant, sans aucun signe clinique d'affection pathologique. Il était habituel de voir une bande de Russes à genoux et sur leurs mains dans la fosse où l'on jetait les pelures de pommes de terre, luttant entre eux pour trouver une pomme de terre tombée par mégarde ou une épluchure plus grosse que les autres.

La plupart des prisonniers étaient de plus habillés de façon fort insuffisante ; beaucoup n'avaient pas du tout de chaussures et devaient marcher les pieds entourés de chiffons et de paille et dans des chaussons qu'ils s'étaient fabriqués avec des morceaux de couvertures. Aucun prisonnier n'avait d'autres vêtements que ceux qu'il portait, et tous souffraient terriblement du froid.

Les souffrances des prisonniers, dues à l'insuffisance de la nourriture et des vêtements, se virent aggravées par la rigueur du froid qui sévit à Langensalza pendant l'hiver 1914-1915 et par le manque de combustible.

Enfin, les conditions hygiéniques étaient déplorables. Les hommes n'avaient dans tout le camp aucune facilité pour se tenir vraiment propres. Dans chaque

compagnie, il n'y avait, en effet, qu'un robinet s'ouvrant sur une auge. Et c'est à cette auge que devaient se réunir chaque jour un millier d'hommes pour laver leur vaisselle, leurs vêtements et se laver eux-mêmes, et encore sans avoir de savon. De plus, les tuyaux de la conduite d'eau étaient souvent gelés.

Il en résulta qu'au mois de février 1915 tous les prisonniers de toutes les nationalités se virent couverts de vermine ; les poux grouillaient dans tous leurs habits, ainsi que dans toutes les couvertures où les hommes dormaient.

De plus, pendant cette période, les prisonniers furent traités par leurs gardiens avec la plus grande sévérité ; la brutalité de ces derniers avait établi dans le camp un régime de terreur.

Nous arrivons au camp le 21 février 1915. Une odeur de cadavre flotte. Le temps rend encore plus sinistre ce qui s'étale devant nous ; le vent souffle en rafales, amenant une neige fondue qui tombe inlassablement ; nous pataugeons dans une boue immonde, réussissant parfois à atteindre une allée de briques, mais celles-ci semblent posées sur un marécage et s'enfoncent sous chaque pas.

Rien ne rompt la monotonie triste et grise des grandes cabanes d'un noir déteint, militairement rangées sur un champ de boue. Pas un brin d'herbe, pas le moindre petit arbre, mais, à perte de vue, végétation unique de ce lieu désolé, des fils de fer barbelés qui courent autour du camp de poteau en poteau, renforcent et consolident la cage, de partout... Nous avons

bien le sentiment que nous sommes maintenant ici séparés du reste du monde.

Nous sommes frappés par le grand silence qui règne. Quelques prisonniers se tiennent debout ou marchent de long en large, seuls ou par groupes, dans l'apathie et l'abattement le plus complet. On n'entend ni conversations ni rires ; personne ne joue au moindre jeu. Les seuls sons que l'on entend sont les ordres que jettent d'une voix brutale les sentinelles.

En entrant dans une chambrée, l'impression horrible que nous ressentons ne peut se décrire. L'atmosphère est pestilentielle. Toutes les fenêtres sont fermées, car c'est le seul moyen d'avoir un peu de chaleur. Les hommes émaciés, mal vêtus et sales au delà de toute description, sont presque tous occupés à tuer des poux.

Dominant ce camp de faméliques et de malades, sur une petite colline, on aperçoit mitrailleuses et canons prêts à tirer sur ces gens dangereux...

Le lendemain de notre arrivée, nous recevons l'ordre de nous assembler à l'hôpital du camp pour y recevoir des ordres. Un énorme médecin allemand nous annonce que le typhus exanthématique règne ici, que si nous obéissons aux ordres qui nous seront donnés et faisons le travail sans nous plaindre, nous serons bien traités, mais que dans le cas contraire nous serons punis.

De suite à la besogne, nous nous apercevons vite que le typhus, dépisté trop tard, nié qu'il avait été au début par un médecin allemand qui paya de sa vie son ignorance, a déjà fait de terribles progrès, maintenant qu'il est reconnu.

Le nombre des malades grandit rapidement C'est par groupes de 40 à 50 par jour qu'ils entrent à l'hôpital, de sorte que celui-ci ne tarde pas à être plein et à déborder ; les deux baraques qui le forment contiennent en effet seulement 200 grabats, et elles n'auraient pas dû contenir plus de 80 lits. Les malades attendent dans les couloirs, s'étendent à même le plancher, y meurent souvent ou bien, le soir, on les reconduit à leurs baraquements au milieu de leurs camarades sains.

Nous sommes quinze médecins français pour assurer le service. Nous nous concertons sur les mesures à prendre. La situation est véritablement effrayante.

L'hôpital est comble et les malades continuent d'affluer. Nous demandons alors au commandant du camp et nous obtenons de vider de leurs habitants des baraquements de compagnie et d'en faire une annexe de l'hôpital. Les salles l'une après l'autre ne tardent pas à se remplir.

Les baraquements n'ont naturellement ni literie ni meubles d'aucune sorte. Les malades doivent se coucher n'importe où et n'importe comment sur leurs sacs pleins de copeaux. Point de bassins ni d'urinoirs ; aussi l'état des malades est indescriptible. Point de nourriture convenant à des malades : le même régime qu'auparavant, la même soupe, le même pain noir, le même hareng cru hebdomadaire...

En outre, pendant longtemps, nous avons la plus grande difficulté d'obtenir les médicaments et les pansements en nombre suffisant ; il n'y a jamais assez d'huile camphrée, et c'est là cependant le seul stimu-

lant que l'on peut obtenir. Chaque jour nous envoyons aux Allemands une liste des médicaments dont nous avons besoin, mais on ne nous donne jamais qu'un tiers des choses que nous demandons.

Pendant le mois de mars, c'est par milliers que les prisonniers tombent malades, par centaines que se comptent les morts.

Quelques mesures sont prises enfin, mais quelles mesures ! On entoure chaque baraque de compagnie d'un réseau de fils de fer barbelés. Dans la crainte de la contagion, les sentinelles veillent sur des sortes de pilotis à deux mètres du sol.

On se décide à installer des étuves et à forcer les hommes à y porter leurs effets. Pendant cette désinfection, on peut voir les hommes nus, enveloppés dans une couverture, les pieds dans des sabots, attendant sous la pluie, résignés et las, souvent jusqu'au soir. Après la désinfection plus ou moins bien faite avec un appareil de camelote allemande (beaucoup d'effets en sortaient aussi vermineux qu'avant), les vêtements sont distribués au hasard, et celui qui n'avait pas de poux avant est sûr d'en avoir après l'opération.

Au début d'avril, l'épidémie atteint son acmé. On enterre trente à quarante morts par jour.

La diphtérie fait alors son apparition et vient compliquer le typhus : complication redoutable, car les statistiques que nous avons pu faire montrent pour cette association morbide une mortalité d'environ 70 %, malgré le sérum antidiphtérique. Il faut tâcher de dépister, pour le combattre, le nouveau fléau.

Il faut chercher partout, dans tous les baraquements du camp, pour y découvrir des malades ignorés ou négligés. Les prisonniers sont devenus si démoralisés et si distraits que l'absence ou que la maladie d'un des leurs peut parfaitement ne pas être remarquée. Il arrive plus d'une fois qu'on nous envoie quérir pour soigner des hommes qui sont subitement devenus fous : or, ce qui est arrivé, c'est que ces hommes sont depuis quelques jours atteints par la maladie, n'en ont rien dit et qu'ils sont ainsi arrivés à la période de délire.

D'un autre côté, nous sommes souvent obligés de congédier les malades de l'hôpital, avant qu'ils soient complètement guéris. Quelques-uns peuvent à peine marcher, mais il faut faire de la place aux nouveaux malades qui ont plus besoin qu'eux de soins médicaux. Dans de nombreux cas, ces convalescents doivent rentrer dans les salles de leur baraquement et se coucher sur le plancher, car pendant leur séjour à l'hôpital leurs paillasses ont été brûlées.

Les médecins français n'ont certes pas reculé devant la besogne, mais la besogne était au-dessus des forces humaines. Nous devions soigner environ 300 malades chacun. Pour voir ces malades, il fallait se livrer à un véritable exercice de grimper, s'accroupir, sauter de planches en planches et faire une acrobatie extraordinaire pour arriver à voir une langue, à prendre un pouls. Le soir, nous étions harassés.

Et puis, sur les quinze que nous étions fin février, en un mois neuf étaient tombés malades, deux étaient morts. On conçoit aisément l'état d'énervement et de

découragement de ceux d'entre nous qui étaient encore debout.

Les médecins allemands semblent avoir fait preuve d'une véritable... répugnance à soigner le typhus et, à l'exception d'un seul, le docteur Rehberg, médecin d'épidémie, aucun n'approcha d'un typhique pendant la période dangereuse. L'un d'entre eux, chirurgien depuis la guerre, s'enfermait dans une salle du lazaret, que les infirmiers allemands eux-mêmes appelaient « *die bl tige Abteilung* ». Là il coupait, il incisait, il taillait, il ouvrait, histoire de se faire la main ; le prisonnier était pour lui une bête d'épreuve. Il eût le temps, malgré nos véhémentes protestations, d'avoir une mort sous le chloroforme, d'amputer un pauvre Russe, atteint de gangrène posttyphique, quatre fois jusqu'à ce que mort s'en suivît, de pratiquer une pleurotomie avec résection costale chez un Français atteint de pleurésie séro-fibrineuse, qui mourut dans la suite d'un pyothorax constitué par la faute de l'opérateur.

Les infirmiers allemands ont, eux aussi, disparu devant le typhus ; mais les soldats français ou russes qui offrirent leurs services comme infirmiers ne manquèrent jamais. Or, on n'avait ni blouse ni savon à leur donner, et la tâche à laquelle ces hommes se consacraient volontairement entraînait avec elle la quasi-certitude de la contagion. Aussi la mort faucha-t-elle avec une rigueur impitoyable parmi ces modestes héros, dont nous n'avions même pas le temps de retenir les noms...

Le 3 avril, arrivent six nouveaux médecins français, dont l'un paya bientôt de sa vie son dévouement,

quinze médecins russes dont six tombèrent malades et trois moururent.

Enfin, c'est seulement au début de mai que la désinfection des locaux, des effets, se fait régulièrement ; des lits métalliques arrivent, ainsi que du linge et des vêtements ; des salles de bains s'installent, de nouvelles baraques-lazaret se montent. On plante des fleurs autour des baraques de compagnie. C'est qu'on attend la visite d'un envoyé de la Croix-Rouge...

En réalité, l'épidémie s'éteignait faute d'éléments nouveaux à frapper. Le chiffre officiel des cas reconnus est d'environ 7.000 ; en fait on peut dire sans être taxé d'exagération qu'il y en a eu 95 %.

Sur 10.000 hommes que contenait le camp au début de mars, il y avait au début de mai plus de 800 décès. Dans ce chiffre, il faut compter 80 décès dus à la diphtérie pure, décès survenus au début de l'apparition de la diphtérie, alors qu'on n'avait pas de sérum.

Ces chiffres se sont certainement accrus dans la suite, du fait des complications tardives du typhus.

Donc l'épidémie était virtuellement close dans les premiers jours de mai. Il restait une trentaine de cas en cours, les autres étaient convalescents. Le 7 mai, on nous annonce que, comme nous avons bien travaillé, nous allons regagner la France. Nous accueillons la nouvelle sans enthousiasme, habitués à l'hypocrisie allemande. Nous quittons sans regrets Langensalza, et le train nous débarque au camp de Niederzwehren, près de Cassel, où règne aussi le typhus exanthématique.

CASSEL

Le camp de Niederzwehren, à quelques kilomètres de Cassel, se déroule à flanc de coteau dans un cercle de collines boisées. A l'horizon, la cascade d'Hercule du château de Wilhelmshöhe, ancienne demeure royale de Jérôme Bonaparte, où fut interné Napoléon III après Sedan.

C'est une ville de toile et de planches construite sans symétrie; le toit des baraques s'incline ou se redresse pour suivre les replis du terrain. Une double rangée de grillages, avec des piques recourbées, l'entoure; entre eux, un chemin de ronde où vont et viennent les sentinelles.

C'est le camp de la fantaisie. Là, aucune administration, aucune discipline; le service de garde est réduit au strict minimum. 19.000 prisonniers errent dans cet enclos, à leur gré. Dans des tenues invraisemblables, Russes et Français sont confondus.

Dans la rue où s'alignent les water-closets et d'où se dégage une puanteur épouvantable, c'est le lieu de réunion, de commerce, le marché aux puces, la

bourse où l'on vend son tabac, ses épluchures de pommes de terre, ses têtes de harengs.

Les prisonniers sont logés dans de grands baraquements, contenant chacun mille hommes. Chaque baraque est divisée en chambres; chaque chambre est divisée en deux travées, où couchent 90 hommes environ. Un premier étage, bâti à la façon des chambrées de nos vieux bastions, se superpose sur les paillasses des prisonniers du rez-de-chaussée, qui de ce fait ne voient presque rien à leurs places, même en plein jour. Les hommes sont rangés côte à côte, sur des matelas rembourrés de fibres de bois; ils n'ont qu'une seule couverture.

Les prisonniers français travaillent peu, depuis que les Russes sont au camp, obéissants, dociles comme des bœufs accouplés: les Allemands leur font traîner les tonneaux à vidange; ils les choisissent pour les corvées de pain, de soupe, de planches ou de nivellement dans l'ancien camp; les prisonniers russes charrient aussi la boue sur des brouettes et travaillent exactement selon le goût tudesque.

A travers le camp, c'est une allée et venue continuelle de tonneaux de vidange, traînés à bras par une trentaine d'êtres efflanqués, les vêtements en lambeaux, les pieds chaussés d'informes savates fabriquées de morceaux de capotes. Le sol est jonché d'ordures de toutes sortes: guenilles, paille, débris qui furent alimentaires; des rigoles charrient une eau infecte.

Sur les 19.000 prisonniers que contient le camp, il y a 12.000 Russes, 7.000 Français, quelques centaines d'Anglais, Belges, etc.

Là, comme ailleurs, on a procédé au mélange des nationalités. Comme des sous-officiers français faisaient respectueusement remarquer au général gouverneur du camp les dangers de contamination, d'épidémie et de mort qui pouvaient résulter du mélange de prisonniers français avec les prisonniers russes, Son Excellence répondit simplement : « *C'est ma façon, à moi, de faire la guerre* ». En réalité, l'ordre de mêler les prisonniers alliés venait de plus loin et de plus haut : de Berlin.

Au mois de janvier 1915, les Français, les Russes et les Anglais étaient couverts de vermine. On en trouvait partout, dans les couvertures, dans les paillasses, dans les coutures des chemises et des pantalons ; il était impossible de s'en défaire.

Enfin le travail réglementé, le mauvais temps, la rareté et la mauvaise qualité de la nourriture avaient produit chez les prisonniers une anémie générale.

C'est dans ces conditions que s'alluma l'épidémie. Les premiers prisonniers atteints étaient surtout des civils de 17 et 18 ans ou des septuagénaires pris dans les régions envahies.

Devant le nombre toujours croissant des malades, surtout vers la fin de février, les médecins allemands furent surpris. Dans chaque bataillon il y avait 150 malades chaque jour ; les médecins allemands renvoyaient à leur compagnie les moins atteints et envoyaient au lazaret ceux qui avaient une éruption nette.

Le lazaret, formé de trois petites baraques, fut bientôt plein. Alors, le camp lui-même ne fut plus qu'un hôpital ; on plaçait des malades un peu partout,

notamment sous les anciennes tentes. On les laissait là sur des paillasses, au hasard, on les oubliait quelquefois, et le soir on brûlait tous leurs effets contaminés.

Un grand désordre planait sur tout. Il n'y avait dans les compagnies ni appel, ni contrôle. On ne savait où se trouvaient les absents, en quelles baraques ils étaient couchés, où ils mouraient peut-être.

Cinq médecins français, arrivés en mars, organisaient avec l'aide d'infirmiers volontaires français et russes des infirmeries, réclamaient avec insistance des médicaments qui n'arrivaient pas, et demandaient au général gouverneur la séparation des prisonniers par nationalité, ce qui du reste fut toujours refusé.

Et le nombre des morts allait croissant chaque jour. Ce fut soudain un chiffre de quinze à vingt morts qu'il fallut enregistrer chaque jour. Et les malades continuaient d'affluer.

Enfin les Allemands, effrayés des proportions que prend le fléau, redoutant l'expansion de l'épidémie aux agglomérations voisines, cherchent à prendre des mesures énergiques. Dénués d'initiative, incapables de s'organiser promptement, pris au dépourvu devant le danger, ces hommes méthodiques, extraordinaires par ailleurs, ne savent par quel bout commencer.

De Lille, de Maubeuge, de Lechfeld, d'Osnabrück, de Limbourg, de Langensalza où la même épidémie vient de s'éteindre, ils rappellent ici de nombreux médecins. Après quelques jours, nous sommes 53 Français, 32 Russes et 2 Anglais, soit un total de 87 médecins.

En même temps, les médecins allemands s'éclipsent ; il en reste cinq ou six, qui font de rares et brèves

apparitions, carapaçonnés de deux ou trois blouses, bottés haut, gantés de caoutchouc jusqu'aux coudes et saupoudrés de poudre insecticide. Les infirmiers allemands disparaissent aussi ; les sentinelles se font rares dans le camp.

Lors de notre arrivée, au début de mai, il y a environ 7.000 cas en cours de traitement L'épidémie bat son plein, fauchant ses 50 hommes par jour (le plus fort chiffre pour une journée fut 65 décès).

Chacun de nous a une double tâche : pratiquer chaque matin la visite d'un groupe de 500 hommes pour y dépister les nouveaux cas de typhus, assurer ensuite le traitement des hommes hospitalisés dans une baraque déterminée, soit environ 100 malades.

Sous la direction du professeur Gartner d'Iéna, sous l'impulsion du docteur Rehberg, venu lui aussi de Langensalza, on commence à prendre des mesures énergiques.

Des corvées de Russes plantent des fils de fer barbelés autour des baraquements, ne laissant que cinq mètres d'espace pour la promenade des prisonniers. Des Russes interprètes, un bâton à la main, sont placés aux portes de tous les retranchements pour surveiller les sortants. Une sentinelle qui se promène le long des grilles tranche toutes les difficultés à coups de crosse.

Enfin, tous les prisonniers sont rasés : cheveux, barbe, poils sous les bras et au pubis.

Des étuves sont installées. Des appareils à douches sont mis en marche. La désinfection des baraques est systématique.

Nous sommes chargés de faire appliquer les règle-

ments d'hygiène. Une fois par semaine, tandis que des corvées vont à la compagnie inonder de phénol les planches et le parquet, blanchir les murs et brûler les vieux vêtements, les hommes complètement rasés mettent leur linge dans une paillasse, en forment un ballot et, ne gardant sur eux qu'une capote, descendent chaussés de sabots à la désinfection qui se fait dans l'ancien camp. Les paquets sont passés à l'air chaud, tandis que les prisonniers attendent sous la douche ou bien, nus, s'asseoient par terre, dehors.

Après deux heures passées sous la douche ou en plein air, exposés au vent et à la pluie, les prisonniers reprennent leurs ballots à l'étuve ; ils en retirent, pour se la jeter sur les épaules, une capote chaude et nauséabonde. A la deuxième désinfection, les effets commencent à être cuits, les coutures se décousent et l'étoffe s'en va en lambeaux. Les hommes essaient alors de soustraire leurs derniers vêtements à la désinfection. Il faut jouer de ruse avec eux, passer des visites inattendues et ordonner des désinfections soudaines. Les prisonniers passèrent ainsi six fois de suite leurs effets à l'étuve.

A la fin de juin, la mortalité commence à faiblir. Comme à Langensalza, le typhus finit faute de candidats.

Sur les 19.000 hommes d'effectifs, les deux tiers avaient été atteints, soit 12 à 13.000 cas.

Combien de victimes avait fait l'épidémie ? il nous est impossible de donner des chiffres précis. Il y avait au début de juillet environ 2.600 décès, ainsi répartis : 1.700 chez les Français, 900 chez les Russes.

Les infirmiers volontaires français ont eu une conduite particulièrement héroïque. Offrant leurs services sans hésiter, ils se mirent à soigner les malades de toutes les nationalités, en faisant abnégation d'eux-mêmes. Ils n'hésitèrent pas un seul instant à sacrifier leur vie et beaucoup d'entre eux moururent à leur poste.

Parmi les médecins français, dix tombèrent malades, deux moururent.

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Pestis bellica, typhus de la faim, typhus des guerres. Cette affection règne à l'état endémique dans les Balkans, dans la Russie du Sud, en Pologne.

Son histoire est celle de presque toutes les grandes guerres : guerre de trente ans, guerres de Napoléon, campagne de Crimée, campagne russo-turque, guerres balkaniques.

C'est une maladie de fin d'hiver et surtout de printemps.

DÉFINITION

Fièvre éruptive à évolution cyclique, caractérisée par :

1° une température élevée en plateau avec ascension et défervescence brusques,

2° des symptômes nerveux graves d'intoxication,

3° un exanthème caractéristique.

ÉTIOLOGIE

La contagion par les poux du vêtement est prouvée d'une façon certaine ; les poux de tête peuvent peut-être aussi transporter la maladie.

Le pou est un animal exigeant dans ses conditions de vie. Il ne se tient pas longtemps dans la paille des camps, il n'y dépose pas non plus ses œufs. Il pond ses œufs dans les vêtements, sur les fils des coutures, dans les ourlets du linge, et ces œufs donnent naissance aux larves sous condition d'être maintenus uniformément à la température moyenne de 30° qui est celle des vêtements sur le corps. Si la température subit des variations qui l'amènent par exemple à 20° pendant 12 heures sur 24, l'éclosion des larves est très retardée ou compromise. Donc la personne qui quitte ses vêtements la nuit pour se coucher provoque spontanément ces variations et entrave ainsi la multiplication des poux.

D'autre part, l'insecte adulte vit accroché dans le linge, d'où il ne descend sur la peau que pour pâturer, quand l'homme est en repos, pendant la nuit. Donc quand on retire sa chemise pour la mettre au linge sale, on y envoie du même coup les poux qui y sont accrochés.

Ces considérations expliquent comment l'impossibilité pour les prisonniers de quitter leurs vêtements la nuit, de changer de linge, de prendre les mesures les plus élémentaires de propreté, a activé le développement de la phtyriase.

Ce sont les Russes, chez lesquels le typhus existe à

l'état endémique, qui importèrent les germes de l'épidémie. L'encombrement, le froid, la misère, la saleté, les privations, diminuant la résistance des individus, en favorisèrent le développement.

Le pou est-il le seul agent transmetteur ? Certains médecins, les médecins russes notamment, croient à la contagion par les mucosités des voies aériennes supérieures et portent des masques. D'autres font jouer un rôle aux pellicules de desquamation. D'autres encore considèrent le froid comme un facteur étiologique important, arguant de la fréquence du typhus en hiver et au printemps : or en hiver l'entassement des êtres pour se réchauffer, le manque d'aération des locaux, la rareté de l'enlèvement des vêtements sont autant de causes favorisantes de la pullulation des parasites.

Donc le pou est l'agent de transmission du typhus le plus important et le seul démontré jusqu'à présent.

SYMPTOMATOLOGIE

Incubation. — Dure de 4 à 14 jours. Ces chiffres sont incertains, car il est impossible de savoir la date de la piqûre infectante.

Prodromes. — Manquent souvent. Le plus fréquemment ils sont légers et consistent en malaise général, céphalée, fatigue, rachialgie, sensation de soif et de chaleur, vertiges. Dans cette période qui dure généralement 2 jours, on note de très légères oscillations de température ne dépassant pas un degré. L'altération des traits, le changement de caractère, l'enchifrènement, l'œil hagard, la conjonctivite nous permettaient souvent de poser le diagnostic à ce stade.

Début. — Remarquable par l'explosion soudaine de la maladie et la gravité immédiate des symptômes. La maladie commence dans la moitié des cas par un frisson. La température est tout de suite très élevée, le pouls est fréquent. Le malade éprouve une grande faiblesse, de l'hyperesthésie des extrémités ; le mal de tête est insupportable, il y a de l'insomnie, de l'agitation. On note souvent un état catarrhal des voies aériennes, de la toux, de la bronchite. Les vomissements sont rares.

La rate à la percussion se montre augmentée de volume, souvent palpable. Les symptômes gastro-intestinaux font défaut ; le ventre est souple. La constipation est la règle.

Il y a parfois une rémission thermique le 2e ou 3e jour, puis la température commence son plateau.

Etat. — Le signe pathognomonique de l'affection, *l'exanthème*, apparaît du 3e au 5e jour sous forme d'une roséole maculeuse discrète, puis généralisée. L'éruption, rose pâle dans les premières heures, prend bientôt une teinte livide presque bleuâtre. Chaque tache est à peu près ovale, à bords flous, et varie en grandeur de la tête d'épingle à la lentille. On trouve quelques grandes taches qui sont formées par la confluence de plusieurs petites taches.

Souvent, particulièrement dans les jours qui suivent, on peut voir, à côté des taches de roséole, des zones bleuâtres. Cet aspect est dû à des taches de la grosseur d'une lentille, situées plus profondément. On pourrait croire que la peau a reçu de petites contusions. Elles donnent à la peau un aspect marbré.

La roséole garde son aspect de 5 à 10 jours, puis elle pâlit et ne laisse aucune tache aisément reconnaissable ; mais souvent il reste à la place des macules une pigmentation bleuâtre et sale de la peau.

Dans un certain nombre de cas, les taches passent à l'état pétéchial, mais cette transformation, qui a fait aussi donner au typhus exanthématique le nom de *typhus pétéchial*, est loin d'être la règle. On les observe particulièrement, sous forme de petites taches rondes, sur le dos ou les endroits soumis à une certaine pression. J'ai vu parfois des pétéchies d'une bien plus grande étendue. Sur certaines parties du corps, j'ai vu des taches hémorragiques de forme irrégulière qui donnaient à la peau l'aspect que donne une brûlure du

premier degré produite par un enveloppement trop chaud.

L'exanthème apparaît d'habitude sur le haut du tronc, devant et derrière. Pourtant, on peut voir en même temps quelques taches isolées sur tout le corps, particulièrement sur le ventre. Dans les cas typiques, le nombre des macules a fini de s'accroître en 2 ou 3 jours ; elles ont envahi tout le corps et aussi les extrémités ; elles gagnent assez rarement la face et le creux de la main.

L'abondance des taches varie avec chaque cas. Dans des cas légers, mais dont le diagnostic pouvait être porté avec certitude en raison du milieu épidémique et de l'ensemble des symptômes, j'ai vu l'exanthème extraordinairement léger être seulement constitué par quelques taches disséminées sur tout le corps.

On ne peut affirmer qu'il y ait relation entre l'intensité de l'exanthème et la gravité du cas. On peut cependant dire qu'en général à un exanthème léger correspond un cas bénin.

Pendant la période d'état, la température se continue en plateau aux environs de 39 ou 40°, pendant 10 à 12 jours. Le pouls en rapport avec la température atteint 100 à 120 à la minute.

L'état général s'aggrave dans le cours de la première semaine. La céphalée est atroce, l'agitation marquée, l'insomnie constante. Le malade est constipé. Il y a un délire léger. Le visage est congestionné ; on note des fuliginosités sur les dents, sur les lèvres ; la langue, sale, présente des tremblements fibrillaires.

Le deuxième septénaire est la période la plus grave de la maladie. Le malade est le plus souvent dans un état de torpeur et de stupeur intenses ; il est plongé généralement dans un coma vigile et marmotte. Dans d'autres cas moins fréquents, il est au contraire en proie à une agitation extrême ; certains malades devaient être ligottés.

Le délire est très fréquent dans cette période, en général délire tranquille, professionnel, se rapportant souvent à des préoccupations guerrières. Ce délire typhique est généralement assez ordonné, rattaché aux faits du moment : un de mes camarades dans son délire entourait d'un cérémonial extraordinaire l'absorption quotidienne d'un comprimé d'aspirine ; personnellement, à côté de tentatives d'évasion abracadabrantes, je croyais prendre ma température matin et soir, ce que j'avais commencé à faire avant de perdre conscience. J'ai vu quelques cas de délire religieux chez les Russes, des cas assez nombreux de délire ambulatoire : un jour, un prisonnier présentant cette dernière forme de délire nous échappa la nuit et allant se heurter contre les fils de fer barbelés fut abattu par une sentinelle ; un autre alla tomber dans les fosses d'aisance et s'y noya. Un aumônier allemand, ivrogne invétéré, fit un délire à forme de delirium tremens.

L'insomnie complète et persistante est en tout cas la règle.

Dans ce deuxième septénaire, la langue est rôtie, noirâtre ; la bouche est fuligineuse ; on observe souvent de l'herpès labial. Le visage est vivement coloré, les conjonctives injectées. Les pupilles sont contractées ;

il y a parfois un strabisme passager. Le malade tousse d'une toux rauque. Il y a assez souvent rétention d'urine. Le pouls est irrégulier, petit, mou, dépressible.

Défervescence. — Le 12e jour est en général le jour critique. La température qui s'est maintenue jusque là à 40° et plus, après avoir subi parfois une hausse jusqu'à 41°, tombe brusquement, atteignant parfois jusqu'à 35°5 au 13e, 14e ou 15e jour. C'est le moment où se décide la vie ou la mort. La mort, quand elle survient, se produit dans un coma profond ; le cœur s'affaiblit, le pouls à 140 devient filant et incomptable, les extrémités se refroidissent.

Dans les cas favorables, on assiste à une véritable résurrection. Le pouls revient d'emblée à la normale, parfois à 50 à la minute ; la langue devient humide ; le visage s'éclaircit ; le sommeil revient. Le malade mêle encore les idées délirantes aux idées saines.

Convalescence. — Les forces renaissent vite. L'appétit est insatiable, et c'était pour nous un supplice de voir avec quelle infecte nourriture nos malheureux convalescents, hâves, amaigris et affamés, devaient réparer leurs forces. Dès le troisième jour, les malades se lèvent.

Cependant l'adynamie est encore intense, les syncopes fréquentes. La céphalée persiste parfois longtemps. La surdité est chose courante. On note d'une façon presque constante du tremblement, de l'incoordination des mouvements, de la maladresse, des vertiges. On observe parfois aussi des troubles de l'idéation, des états maniaques, de la confusion mentale. Les cheveux tombent.

Une desquamation de la peau à fines squames apparaît du 12e au 15e jour de la maladie. Déjà, du 8e au 10e jour, la peau à jour frisant prend une teinte métallique grisâtre ; à ce moment, si on frotte avec le doigt la peau, qui ne présente pas encore de desquamation, on fait apparaître de fines squames sous lesquelles se voit une légère hyperhémie.

FORMES CLINIQUES

A côté de cette forme moyenne de typhus, nous avons observé d'autres types cliniques :

Une forme *bénigne*, caractérisée par l'atténuation de tous les symptômes (*typhus levissimus*),

Une forme *suraiguë*, assez rare, dans laquelle la mort survient dans le coma dans les premiers jours de la maladie (*typhus siderans*),

Une forme *abortive*, encore plus rare, dans laquelle, après un début bruyant et classique, la maladie tourne court avant la fin de la première semaine,

Une forme *fruste*, avec seulement malaise, céphalée, constipation, sans délire ni état typhique, forme que nous rencontrions de préférence chez les Russes,

Une forme *pétéchiale*, avec suffusions sanguines en nappes, dont nous vîmes d'assez nombreux cas, à l'acmé des épidémies, surtout sur des individus ayant dépassé 40 ans, forme dont le pronostic était toujours sombre,

Une forme *sans exanthème*, avec autres symptômes et courbe thermique typiques, que des camarades m'ont affirmé avoir rencontrée,

Une forme *ataxo-adynamique*, caractérisée par l'intensité des troubles nerveux. L'épidémie de Langensalza a présenté cette forme d'une façon générale, alors que celle de Cassel se faisait remarquer par la rareté des symptômes nerveux graves.

Dans une épidémie donnée, la gravité des cas s'ac-

croît avec la rapidité d'extension de la maladie. Le début est marqué par des cas bénins. Puis, le virus exaltant sa virulence par le passage d'un homme à un autre, l'épidémie atteint son acmé avec des formes graves, formes sidérantes, pétéchiales, ataxo-adynamiques, etc. Enfin le virus s'atténue et l'épidémie décroît.

COMPLICATIONS

L'*otite moyenne* nous semble avoir compliqué le typhus dans la moitié des cas. Généralement unilatérale, nous l'avons vue souvent aboutir à la suppuration.

La *parotidite suppurée* complique souvent la convalescence ; généralement bilatérale, apyrétique, elle entraîne un amaigrissement considérable ; incisée, la suppuration est fréquemment très prolongée.

La *mastoïdite* est relativement rare.

Nous avons vu deux cas d'*ictère* venant compliquer le typhus, cas suivis de mort.

Les *névrites*, avec paralysies, n'étaient pas rares et guérissaient en quelques semaines.

La *gangrène des extrémités* survient assez fréquemment dans la convalescence, amenant de vraies mutilations. En tous cas, des phénomènes d'acroasphyxie s'observent très souvent après le typhus. Il y a aussi parfois de la gangrène superficielle des doigts, de la pointe du nez, des oreilles, du scrotum.

La *néphrite chronique* est une complication fréquente, tardive et rebelle.

Nous avons vu quelques cas de *phlébite*, une quinzaine de jours après la convalescence.

Une véritable épidémie d'*érysipèle* se déclara chez nos convalescents et doit être considérée comme une complication.

Fréquentes sont les *laryngites* graves avec enrouement.

Comme *complications pulmonaires* précoces, on voit très souvent une bronchite de moyenne intensité ; de bonne heure aussi peut survenir une broncho-pneumonie, une pneumonie hypostatique qui assombrit le pronostic. Plus tard, on peut voir des pneumonies de déglutition et quelquefois de la gangrène pulmonaire. Nous avons observé plusieurs cas de pleurésie tuberculeuse, survenant plusieurs mois après la convalescence.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est fait par la courbe thermique caractéristique, l'intensité et la soudaineté des phénomènes nerveux, la fréquence du pouls, l'éruption roséolée devenant parfois pétéchiale, la coloration du visage, la conjonctivite, l'herpès labial, le gonflement précoce de la rate, la constipation. La desquamation permet de faire le diagnostic rétrospectif.

Dans la *fièvre typhoïde,* courbe thermique différente, début moins bruyant, symptômes nerveux moins intenses et plus tardifs, pouls lent malgré une température élevée, éruption discrète et localisée au thorax et à l'abdomen, pâleur du visage, absence d'herpès et de conjonctivite, apparition plus tardive de l'hypertrophie de la rate, symptômes abdominaux sont autant de signes qui la différencient facilement du typhus. En somme, un seul symptôme est commun aux deux affections : l'état typhique. La réaction de Widal viendrait au besoin trancher les cas douteux.

Les *fièvres éruptives* ont une période d'invasion et une évolution très différentes ; l'état général y est beaucoup moins atteint, la fièvre y est de plus courte durée. L'exanthème de la scarlatine, très précoce, avec sa rougeur diffuse de la peau et son petit piqueté rouge vif, n'a rien de commun avec les macules rouges violacées sales du typhus rarement confluentes et se détachant sur une peau pâle. La rougeole a un exanthème à macules confluentes, plus abondantes et plus rouges,

débutant par la face. Le début du typhus a une grande analogie avec celui de la variole, mais dans cette maladie l'apparition de l'éruption variolique et la chute de la température au 3e ou 4e jour tranchent aisément la question.

La *méningite cérébro-spinale* n'a de commun avec le typhus que les troubles nerveux ; l'éruption manque.

La *grippe* ne présente que les symptômes catarrhaux et l'adynamie du début de certains typhus ; à part cela, tout y est différent. Pourtant les médecins allemands ont étiqueté grippes tous les premiers cas de typhus.

Nous avons eu parfois des difficultés réelles de diagnostic dans certains cas de grippe chez des individus dont le corps était parsemé de taches de toutes sortes, où il fallait démêler les piqûres de puces, les lésions de grattage, les taches bleuâtres de phtyriase du pubis, etc. Dans la *piqûre de puce*, on distingue deux parties : un point central foncé qui marque la sortie du sang et qui est souvent très petit, et une zone périphérique inflammatoire qui disparaît à la pression. Cette zône rosée disparaît d'elle-même au bout de quelques heures, et il ne reste bientôt plus que le point central qui ne s'efface pas par la pression et qui a l'aspect d'un petit point de purpura. Ce pseudo-exanthème rendait le diagnostic du typhus souvent difficile, surtout quand on avait affaire à des malades très négligés, comme c'était le cas habituel des prisonniers russes, et quand l'examen était rendu malaisé par les mauvaises conditions d'installation et l'éclairage défectueux.

PRONOSTIC

La mortalité est de 12 à 16 %.

Les hommes qui viennent des régions où le typhus est endémique ont une mortalité sensiblement moindre que ceux qui viennent des régions qui en sont indemnes. Ces faits sont confirmés par la disproportion qui a existé à Cassel entre la mortalité des prisonniers français (13,79 %) et celle des prisonniers russes (5,42 %).

La peur joue certainement un rôle prédisposant et, diminuant la résistance de l'organisme, aggrave le pronostic. Nous avons observé des exemples nets de ce fait.

Les jeunes gens et les vieillards, pris en pays envahis, furent, je l'ai dit, les premières victimes de la maladie. La mortalité épargnait rarement les individus ayant dépassé la quarantaine.

L'obésité, que l'on rencontrait rarement, était une circonstance très aggravante du pronostic.

Les tuberculeux et les alcooliques faisaient de préférence des formes suraiguës.

La légèreté de l'exanthème nous a paru d'un pronostic favorable.

Il nous est impossible de dire si le traitement a une influence quelconque sur la marche de la maladie. J'ai vu sur quelques séries de malades, que nous avons pu exceptionnellement soigner d'une façon judicieuse, la mortalité être sensiblement la même que chez les nombreux prisonniers qui croupissaient dans leurs

baraques sombres, à l'atmosphère empuantie, couchés sur la paille tout habillés.

D'ailleurs, le typhus exanthématique est une maladie décevante dont le pronostic doit toujours être réservé, car sa marche réserve maintes surprises. Tel cas qui semblait désespéré se rétablit brusquement, alors que tel autre que l'on jugeait bénin fait une syncope mortelle.

La maladie confère l'immunité.

TRAITEMENT

Le traitement est uniquement symptomatique.

Les antithermiques, qui augmentent l'intoxication, sont à proscrire.

Il faut surtout lutter contre les défaillances cardiaques. La digitale à doses modérées administrée pendant le deuxième septénaire nous a donné de bons résultats. Si le pouls devenait mou et incomptable, nous faisions des injections massives d'huile camphrée, de préférence à la caféine qui nous a paru sans action.

Des boissons abondantes sont prescrites.

Contre les symptômes nerveux nous avons employé, quand nous l'avons pu, les bains tièdes, qui n'ont aucune influence sur la courbe thermique, ou bien les enveloppements humides. La morphine est sans effet.

Il faut prévenir les complications par l'antisepsie de de la bouche, des fosses nasales et des oreilles.

Nous faisions enlever les chaussures et desserrer les vêtements aux malades, pour tâcher d'éviter les complications gangréneuses.

La saignée était pratiquée en cas de néphrite.

Les médecins allemands administraient largement l'urotropine qui nous a semblé inactive. Ils alimentaient copieusement leurs malades ; et leurs malades mangeaient, ce que ne savaient pas faire les nôtres.

PROPHYLAXIE

La base de la prophylaxie du typhus est la destruction des poux. Quand on connaît bien la biologie de l'animal, la lutte contre le pou devient très simple : porter du linge qui sera changé en temps voulu, quitter ses vêtements la nuit.

En somme, la propreté des hommes et des locaux constitue le seul moyen préventif.

La maladie vient-elle à se déclarer ? Il faut aussitôt isoler le malade, dès le diagnostic posé. Il faut aussi mettre en observation tous les cas qui paraissent suspects, car le typhus présente souvent au début un tableau clinique incertain qui peut être celui de la grippe, de la fièvre typhoïde, etc., et le mal est subordonné au soin qu'on met à le découvrir.

Les vêtements des malades sont traités de façon que les poux qu'ils contiennent ne puissent pas passer sur d'autres personnes ni se répandre. Ils sont enfermés si c'est possible dans de grandes toiles et soumis à la désinfection. Si ça n'est pas possible, il faut les détruire.

Le malade lui-même doit être débarrassé aussitôt de tous ses poux par un rasage complet de tous ses poils et un savonnage. Il faut rechercher les jours suivants s'il ne survient pas de nouveaux poux et voir si cette nouvelle arrivée de poux ne vient pas de l'entourage ou du local.

La destruction des poux sur le malade est très impor-

tante, car il semble que le malade puisse subir une sorte de superinfection. Nous croyons avoir observé que les malades, non nettoyés de leurs poux et qui sont tous les jours piqués de nouveau par des poux infectés sont plus atteints que ceux qui sont placés aussitôt dans de bonnes conditions hygiéniques.

Un malade ne doit être renvoyé qu'après la disparition de la bronchite et la fin de la desquamation.

Il n'apparaît pas nécessaire de prendre des mesures particulières au sujet de l'enterrement des cadavres ; mais on ne doit pas oublier que les parasites cherchent à abandonner les corps qui ont une fièvre élevée et les morts.

Le personnel infirmier doit autant que possible être recruté parmi les individus qui ayant eu la maladie ont acquis une immunité spéciale. En tous cas, il doit observer une propreté méticuleuse et se protéger des poux qui viennent du malade : porter une blouse hermétique et lavable, en fermer les manches et le col avec quelques tours de bande de gaze. Quand on se trouve en présence de conditions d'hygiène difficiles, il est recommandé de mouiller ces bandes avec une solution antiseptique. Les cheveux et la barbe seront portés ras. Chaque jour, faire un lavage de tout le corps et passer en revue linge et vêtements.

A côté de ces mesures importantes, le personnel peut se protéger des exsudats en portant devant le nez et la bouche plusieurs épaisseurs de gaze. Le danger d'infection par les mucosités serait particulièrement grand pendant les premiers jours de la maladie, au

moment de la toux d'irritation et du catarrhe des voies respiratoires supérieures.

Le personnel infirmier est certainement exposé dans une proportion très forte. Mais l'expérience a prouvé maintes fois qu'un malade soigneusement nettoyé, placé dans une salle propre et bien aérée, n'était pas en général un danger pour son entourage.

CONCLUSIONS

Puisque, somme toute, la propreté des hommes, l'hygiène des locaux, une nourriture suffisante constituent la prophylaxie facile du typhus exanthématique, la conclusion rétrospective à tirer de ce travail ne peut être qu'un réquisitoire contre les Allemands.

Au début de la guerre, l'arrivée soudaine et imprévue d'un nombre considérable de prisonniers russes a pu surprendre et dérouter les autorités allemandes, et par conséquent on doit excuser le manque de préparatifs et les défauts de toutes sortes dans les camps qui furent improvisés pour la plupart.

Mais il est impardonnable que dans la suite, pendant des mois entiers, alors que le manque de nourriture, de médicaments, de pansements ne se faisait pas encore sentir dans les villes voisines, les camps frappés de typhus n'aient pu avoir ni les objets de première nécessité, ni les médicaments les plus simples dont ils manquaient ; ils ne pouvaient même pas obtenir les pansements que réclamaient les plaies des blessés.

D'autre part, le manque d'hygiène, le mélange voulu et systématique de toutes les nationalités de prisonniers, enfin, dès l'annonce de l'épidémie, la fuite des médecins et des infirmiers allemands, l'abandon des camps par les officiers et les soldats qui se contentaient de surveiller les prisonniers, le fusil chargé à la main, derrière les fils de fer barbelés, tous ces faits sont tout à fait typiques de l'administration pénitentiaire allemande.

Il y a, en effet, une ressemblance frappante entre les faits qui se passèrent à Langensalza et à Cassel et ceux qui eurent lieu à Gardelegen, Wittenberg et Breslau, où sévit aussi le typhus.

A Göttingen, au contraire, il a été donné de constater ce qu'on pouvait faire et ce qui fut fait, dans une crise pareille, par une administration éclairée et bienveillante. Ce camp de Göttingen toutefois constitue une remarquable exception.

Et l'on peut dire d'une façon générale que les épidémies, les souffrances et les privations de nos malheureux prisonniers étaient uniquement attribuables à la cruauté et à la négligence systématique des fonctionnaires allemands. Pourtant le devoir élémentaire des gardiens était, suivant les articles de la Convention de Genève, de respecter des prisonniers blessés et malades et d'en avoir soin sans distinction de nationalité. Or, les Allemands agirent exactement comme si la Convention de Genève et les sentiments d'humanité n'existaient pas.

Les épidémies ne furent pas toutefois tout malheur. Elles donnèrent l'occasion aux vertus d'abnégation et

de sacrifice héroïque de se montrer au grand jour, et c'est pour moi un pieux devoir, avant de clore cette relation, d'adresser une pensée émue à mes camarades de captivité qui sont tombés au champ d'honneur, victimes de leur dévouement, et dont les dépouilles reposent en pays ennemi : les docteurs *Rigollot-Simonnot*, *Lassalas*, *Natier*, *Périer*, *Dumas*, décédés du typhus exanthématique dans les camps de Cassel et de Langensalza. On chérira leur mémoire, bien longtemps après que la lâcheté et l'insensibilité allemandes auront été, grâce à Dieu, oubliées.

Vu :
Nancy, le 11 Juillet 1919.
Le Président de Thèse,
MACÉ.

Vu :
Nancy, le 11 Juillet 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'Imprimer :
Nancy, le 12 Juillet 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM.
Membre de l'Institut.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	5
Langensalza	7
Cassel	17
Le typhus exanthématique. Définition	25
Etiologie	26
Symptomatologie	28
Formes cliniques	34
Complications	36
Diagnostic	38
Pronostic	40
Traitement	42
Prophylaxie	43
Conclusions	47

IMPRIMERIE ALBERT BARBIER, 4, QUAI CHOISEUL, NANCY.